192
JUN 19 192_ LIBRARY

Der heutige Stand der Frage des traumatischen Aneurysma an der Hand von 40 eigenen Beobachtungen.

(Auszug aus der Arbeit.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Gerhard Gabriel,
Approb. Arzt,
aus Schneidemühl.

Halle (Saale)
Pritschow'sche Buchdruckerei, Harz 1
1920.

Die große Zahl der überlebenden Gefäßverletzten ist bedingt durch die Einführung des „humanen“ Spitzmantelgeschosses. Nach Hildebrandt werden 4 Arten von Gefäßverletzungen unterschieden, die dann zum Bilde des Aneurysma führen können. Von dem Aneurysma verum ohne Kontinuitätstrennung sämtlicher Wandschichten mit Ausstülpung eines Sackes unterscheidet man das Aneurysma traumaticum spurium, welches je nach der Lokalisation der Verletzung als arteriosum oder arterio-venosum anzusprechen ist. Die Differentialdiagnose beider ist ziemlich eindeutig, schwieriger dagegen in vielen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Aneurysma arteriosum und Abceß. Weder über die Anzahl der Aneurysmen überhaupt, noch über das Verhältnis der arteriellen Aneurysmen zu den arterio-venösen läßt sich schon heute ein klares Bild gewinnen. Doch scheint tatsächlich das arterio-venöse zu überwiegen. Zur Behandlung der Verletzung sind in der Entwicklung der Gefäßchirurgie über Antyllus, Pylagrius, Anel, Hunter, Kikuzi, Matas, Payr, Carrel-Stich Methoden angewandt worden, die durch die Unterbindung des verletzten Gefäßes die Gefahren der Verblutung beheben oder in neuerer Zeit durch Naht des verletzten Gefäßes die Kontinuität desselben wiederherstellen und so die Funktion des verletzten Gliedes erhalten wollten. Beide Methoden sind im Kriege neben rein konservativer Behandlung angewandt worden und haben je nach dem Sitz und der Art der Verletzung ihre Berechtigung. Erstrebenswerter erscheint die Naht, da sie physiologische Verhältnisse herstellt und nicht nur die Gefahr der Verblutung verhindert, sondern auch eine leidliche Funktion sichert. Die Erfolge sprechen für die Naht.

Ueber den Zeitpunkt der Operation hat man sich auf die 3.—5. Woche nach der Verletzung geeinigt. Zur Operation braucht man kein großes Sonderinstrumentarium, um so größeres operatives Können und sichere Asepsis. Denn hiervon hängt in der Hauptsache das Schicksal der Naht und der Gefäßverletzten ab. Die Prognose ist bei dem heutigen Stande der Chirurgie nicht schlecht.

In einer tabellarischen Uebersicht werden Befunde, Operation und Ausgang der 40 selbst beobachteten Fälle aufgeführt. Leider haben sich in der unruhigen Entstehungszeit der Arbeit (Januar 1919) genaue Erhebungen über die endgültigen Heilungs- und Funktionsergebnisse nicht anstellen lassen. Von den operierten Fällen waren 26 arteriell, 14 arterio-venös. Davon wurden 30°/₀ ligiert, 70°/₀ genäht. Gestorben sind 3 Patienten.